健康保険　負傷原因届

被保険者 (届出者)・事業主記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者証の（右づめ）	記号　番号	記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい
氏名	（フリガナ）	生年月日　□昭和　□平成　□令和
住所	（〒　　－　　）	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　　（　　）	

□　本申請の提出を事業主へ委任します。　（委任する場合は☑）

被保険者または負傷した方が記入するところ

負傷した方	□　被保険者　・　□　被扶養者　（氏名　　）➡　続柄
負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む□を選択ください。	□　正社員、契約、派遣、パート、アルバイト　□　学生 □　請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 □　無職 □　その他　（　　） **労災保険に特別加入していますか。** □　している □　していない
負傷部位と症状 **※施術先への確認はお控えください**	
負傷日時	□　平成　□　令和　　年　　月　　日　□ 午前・□ 午後　　時頃
負傷した時間帯　（状況）	□　勤務時間中　□　勤務日の休憩中　□　出張中　□　私用中　□　その他(　　) □　通勤途中　（□　出勤　□　退勤　／　□　寄り道等有り　□　寄り道等無し）
負傷場所	□　会社内　□　路上　□　駅構内　□　自宅　□　その他　（　　）
負傷原因 ※負傷原因で次にあてはまるものがありますか	□　交通事故　□　暴力(ケンカ)　□　スポーツ中　（□　職場行事　□職場行事以外） □　動物による負傷　（飼い主　：　□　有　□　無） □　あてはまらない
上記にあてはまる原因がある場合は、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手　：　□　有 → □　あなたは被害者 / □　あなたは加害者 □　無 ※　相手がいる場合の負傷のときは「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。
通院理由	□　ケガの治療　□　スポーツ等による筋肉疲労や筋肉痛 □　日常生活の疲れ等からくる痛みの改善(マッサージ)　□　加齢による体の不具合 □　病気による痛みやしびれ　□　その他　（　　）
負傷したときの状況を**具体的に**ご記入ください。	
書類記入時点での治療経過	令和　　年　　月　　日　現在　□　治癒　□　治療継続中　□　中止
治療期間	令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日　まで

事業主欄

業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入をうけてください。

事業所の労災適用	有　・　無　・　申請中	社員総数	名	事業内容	
業務(通勤)災害該当の確認	有　・　無　➡	「無」の場合、その理由			

上記、本人の申し立てのとおり　□　業務災害　□　通勤災害　に相違ないことを認めます。　令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号　（　　）

受付日付印

常務理事		事務長		扱者	

トヨタウエインズグループ健康保険組合

(2021.4)

家族のとき

健康保険

負傷原因届

被保険者(届出者)・事業主記入用

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい
被保険者証の（右づめ）	1	12345	記号・番号が分からない場合のみマイナンバーを記入して下さい。
氏名	（フリガナ）ヤマダ タロウ 山田 太郎		生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 39 10 20
住所	（〒 231 － 0000 ） 神奈川県横浜市中区●●町1－2		被保険者様(社員様)のお名前を記入して下さい。
電話番号（日中の連絡先）	TEL 045（224）1234		

☑ 本申請の提出を事業主へ委任します。 （委任する場合は☑）

被保険者または負傷した方が記入するところ

負傷した方	□ 被保険者 ・ ■ 被扶養者 （氏名 健保 花子 ） ➡ 続柄 妻
負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む□を選択ください。	■ 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト □ 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 □ 無職 □ その他 （ 労災保険に特別加入していますか。 □ している □ していない
負傷部位と症状 ※施術先への確認はお控えください	右太ももものねんざ ・ 右股関節を痛めた・腰痛・右肩のこり
負傷日時	□ 平成 ■ 令和 元年 10月 2日 □ 午前・■ 午後 4 時頃
負傷した時間帯 （状況）	□ 勤務時間中 □ 勤務日の休憩中 □ 出張中 □ 私用中 □ その他( ) □ 通勤途中 （□ 出勤 □ 退勤 ／ □ 寄り道等有り □ 寄り道等無し）
負傷場所	□ 会社内 □ 路上 □ 駅構内 □ 自宅 ■ その他 （ 市民体育館 ）
負傷原因 ※負傷原因で次にあてはまるものがありますか	□ 交通事故 □ 暴力(ケンカ) ■ スポーツ中 （□ 職場行事 ■ 職場行事以外） □ 動物による負傷 （飼い主 ： □ 有 □ 無） □ あてはまらない
上記にあてはまる原因がある場合は、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手 ： □ 有 → □ あなたは被害者 / □ あなたは加害者 ■ 無 ※ 相手がいる場合の負傷のときは「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。
通院理由	□ ケガの治療 □ スポーツ等による筋肉疲労や筋肉痛 □ 日常生活の疲れ等からくる痛みの改善(マッサージ) □ 加齢による体の不具合 □ 病気による痛みやしびれ □ その他 （ ）
負傷したときの状況を具体的にご記入ください。	バレーボール練習中に足を踏み外した際に、右足を強くぶつけた。 日常の疲労からくる痛み。
書類記入時点での治療経過	令和 6 年 7 月 23 日 現在 □ 治癒 ■ 治療継続中 □ 中止
治療期間	令和 6 年 4 月 13 日 から 令和 6 年 7 月 23 日 まで

事業主欄

業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入をうけてください。

労災のときのみ、家族の勤務先人事担当者が記入

常務理事		事務長		扱者	

トヨタウエインズグループ健康保険組合

(2021.4)

本人のとき

健康保険

負傷原因届

被保険者(届出者)・事業主記入用

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい
被保険者証の（右づめ）	1	12345	記号・番号が分からない場合のみマイナンバーを記入して下さい。
氏名	（フリガナ）ヤマダ タロウ 山田 太郎		生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 39年10月20日
住所	（〒 231 － 0000 ） 神奈川県横浜市中区●●町1-2		
電話番号（日中の連絡先）	TEL 045（224）1234		

☑ 本申請の提出を事業主へ委任します。 （委任する場合は☑）

被保険者または負傷した方が記入するところ

負傷した方	■ 被保険者 ・ □ 被扶養者 （氏名 ） ➡ 続柄
負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む□を選択ください。	■ 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト □ 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 □ 無職 □ その他 （ 労災保険に特別加入していますか。 □ している □ していない
負傷部位と症状 ※施術先への確認はお控えください	右太ももものねんざ ・ 右股関節を痛めた・腰痛・右肩のこり
負傷日時	□ 平成 ■ 令和 元年 10月 2日 □ 午前・■ 午後 4 時頃
負傷した時間帯 （状況）	□ 勤務時間中 □ 勤務日の休憩中 □ 出張中 □ 私用中 □ その他( ) □ 通勤途中 （□ 出勤 □ 退勤 ／ □ 寄り道等有り □ 寄り道等無し）
負傷場所	□ 会社内 □ 路上 □ 駅構内 ■ 自宅 □ その他 （ ）
負傷原因 ※負傷原因で次にあてはまるものがありますか	□ 交通事故 □ 暴力(ケンカ) □ スポーツ中 （□ 職場行事 □職場行事以外） ■ 動物による負傷 （飼い主 ： ■ 有 □ 無） □ あてはまらない
上記にあてはまる原因がある場合は、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手 ： □ 有 → □ あなたは被害者 / □ あなたは加害者 ■ 無 ※ 相手がいる場合の負傷のときは「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。
通院理由	■ ケガの治療 □ スポーツ等による筋肉疲労や筋肉痛 □ 日常生活の疲れ等からくる痛みの改善(マッサージ) □ 加齢による体の不具合 □ 病気による痛みやしびれ □ その他 （ ）
書類を記入した日付時点での治療経過を記入してください。	散歩中、犬に急に引っ張られて転倒した際に左足をひねった。 日常の疲労からくる痛み。
書類記入時点での治療経過	令和 6 年 7 月 23 日 現在 □ 治癒 ■ 治療継続中 □ 中止
治療期間	令和 6 年 4 月 13 日 から 令和 6 年 7 月 23 日 まで

事業主欄

業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入をうけてください。

労災のときのみ、各社人事担当者が記入

常務理事		事務長		扱者	

トヨタウエインズグループ健康保険組合

(2021.4)